



COOPERATIVA DE LOS TRABAJADORES DEL INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES

COOPTRAISS

SOLICITUD DE ADMISIÓN

CIUDA Y FECHA

DD	MM	AA
----	----	----

INFORMACIÓN DEL ASOCIADO

Nombres y apellidos del solicitante:			Seccional					
Fecha de nacimiento:	DD	MM	AA	Lugar	Edad:	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
No. de Cédula:	Lugar y fecha de expedición							
Estado Civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	Empresa:	Fecha de ingreso a la empresa:	DD	MM	AA
	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Separado <input type="checkbox"/>	Ha sido asociado de esta cooperativa? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha Retiro:	DD	MM	AA
Lugar de trabajo:	Dependencia:		Cargo:					
Sueldo fijo \$:	Dirección de sitio de trabajo				Teléfono			
Dirección de correspondencia:			Fondo de cesantías:	Celular:		E-mail		
Dirección de domicilio			Barrio:	Dpto/Ciudad:		Teléfono/Fax:		
Nivel educativo: Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Tecnólogo <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/>							Otro	
Referencia familiar:	Nombres y apellidos:					Teléfono		

INFORMACIÓN DEL NÚCLEO FAMILIAR

Documento de identificación		Nombres y apellidos	Sexo		Fecha de Nacimiento			Parentesco			
Tipo	Número		F	M	dd	mm	aa	Padres	Cónyuge	Compañero(a)	Hijos

Autorizo que se me descuente para aportaciones (____%) de mi sueldo (mínimo estatutario el 5%). Expreso mi voluntad de adherirme al estatuto y a los reglamentos de la cooperativa y autorizo para que me adelanten las averiguaciones del caso.

Declaro que los recursos que entrego no provienen de ninguna actividad ilícita de las contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione; y que proviene de las actividades que cito a continuación.

Manifiesto que no admitiré que terceros efectúen depósitos a mis cuentas con fondos provenientes de las actividades ilícitas contempladas en el Código Penal Colombiano o en cualquier norma que lo modifique o adicione. Ni efectuaré transacciones destinadas a tales actividades o en favor de personas relacionadas con las mismas. Autorizo a Cooptraiss saldar las cuentas y depósitos que mantenga en esta entidad, en el caso de infracción de cualquiera de las obligaciones señaladas en los numerales anteriores de este documento, así como la información errónea, falsa o inexacta que yo hubiera proporcionado en este documento e igualmente por no actualizar anualmente la información aquí solicitada, eximiendo a la entidad de toda responsabilidad.

Anexar documentos: Fotocopia último desprendible de pago de 30 días, Fotocopia de la cédula ampliada al 150%

Firma solicitante

Huella solicitante

ACEPTADA POR CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Acta No. _____ del _____

Firma
SECRETARIO CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN